

Izjava o poučenosti in pisna privolitev za odvzem krvi / afereze

Podpisani/a rojen/a

Izjavljam,

- da so mi vsa vprašanja razumljiva in da so moji odgovori resnični in dovoljujem, da se podatki uporabijo, shranijo in obdelujejo v skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov;
- da sem prejel/a, prebal/a in razumel/a in razumel/a informacijsko gradivo o dajanju krvi, njenem testiranju, neželenih učinkih dajanja krvi in tveganju za prenos boleznih s krvjo;
- da sem bil/a seznanjen/a z možnostjo samoizključitve, kar pomeni, da lahko brez pojasnila odstopim od dajanja krvi;
- da sem v primeru zastavljanja vprašanj dobil/a zadovoljiv odgovor medicinskega osebja.

Soglašam,

- da se je moja kri ali krvne komponente uporabijo za transfuzijo bolnikom v skladu z veljavno zakonodajo;
- da se z mojo krvjo opravijo potrebni predpisani testi in da se me o morebitnih pozitivnih izsledkih zaupno obvesti;
- da se moji osebni podatki zbirajo, vodijo in uporabljajo izključno za namene krvodajalstva skladno z zakonom.

S podpisom potrjujem, da prostovoljno dajem kri in soglašam z nadaljevanjem postopka odvzema krvi.

Kraj in datum: Krvodajalec/ka:

V primeru, da se pri vas pojavijo kakršnikoli znaki boleznih ali če podvomite o varnosti vaše krvi po darovanju krvi, vas prosimo, da nas o tem takoj obvestite na tel. št. 02 321-29-51 ali 02 321-20-92 ali na e-naslov: krvodajalstvo@ukc-mb.si.

Vprašalnik pregledal/a:

OPOMBE:

Spoštovana krvodajalka | krvodajalec:

Prosimo vas, da preberete priloženo informacijsko gradivo in nato odgovorite na vprašanja. Zastavljamo vam jih zaradi varovanja vašega zdravja in hkrati zdravja prejemnikov vaše krvi. **Zaupnost vaših odgovorov je zagotovljena.**

Odgovarjate tako, da označite ustrezen odgovor in navedete podatek.

Prosimo navedite vašo: telesno višino cm in telesno maso kg

1.	Ali se (danes) počutite zdravi?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
2.	Ali ste danes že zaužili obrok hrane?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
3.	Ali ste že kdaj darovali kri? Kdaj? Kje?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
4.	Ali ste kdaj imeli stranske učinke oz. težave zaradi odvzema krvi (npr. v laboratoriju)?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
5.	Ali so vas kdaj zavrnilli kot krvodajalca? Zakaj?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
6.	Ali opravljate nevaren poklic oz. imate nevarne konjičke (potapljač, poklicni voznik, pilot, delo na višini, ...)?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
7.	Ali ste bili v zadnjih 7. dneh pri zdravniku ali zobozdravniku?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
8.	Ali ste imeli v zadnjem mesecu kdaj povišano telesno temperaturo, ste izgubili telesno maso in/ali bili nezmožni za delo (npr. ste bili v bolniškem staležu)?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
9.	Ali ste bili v zadnjih 4. tednih cepljeni? Vrsta cepljenja	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE

Kdaj

10.	Ali ste v zadnjih 6. mesecih:		
	- opravili piercing, tetoviranje ali ste bili na akupunkturi?	DA	NE
	- ste se zbadli z rabljeno medicinsko iglo ali prišli v stik s tujo krvjo?	DA	NE
	- ste bili v stiku z osebo z nalezljivo boleznijo?	DA	NE
	- doživeli poškodbo?	DA	NE
	- bili operirani?	DA	NE
	- opravili endoskopske ali druge medicinske preiskave? (gastro-, kolono-, rektro-, arthro-skopija, diagnostična slikanja)	DA	NE
	- dobili transfuzijo krvi?	DA	NE
11.	Ali ste kadarkoli imeli, ali imate kakršnokoli bolezen ali zdravstvene težave?		
	- boleznj srca in ožilja (prirojene, angina pectoris, motnje ritma, revmatsko mrzlico, ...)	DA	NE
	- visok ali nizek krvni tlak	DA	NE
	- sladkorna bolezen, povišanje maščob v krvi, boleznj ščitnice	DA	NE
	- boleznj ledvic in sečil (prostata)	DA	NE
	- alergije:	DA	NE
	- boleznj dihal, tuberkuloza, astma	DA	NE
	- boleznj prebavil, rano na želodcu ali dvanajsterniku	DA	NE
	- epilepsija in druge boleznj (migrena/poškodbe živčnega sistema)	DA	NE
	- rakave boleznj	DA	NE
	- luskavica, druge kožne boleznj	DA	NE
	- virusna zlatenica, malarija, druge tropske boleznj	DA	NE
	- presaditev organov ali tkiv (očesna roženica, možganska ovojnica)	DA	NE

11.	- spolno prenosljive boleznj	DA	NE
	- drugo:	DA	NE
12.	Ali ste jemali oz. jemljete kakšna zdravila?	DA	NE
13.	Ali ste v zadnjih 5 dneh jemali aspirin oz. druga zdravila proti bolečinam?	DA	NE
14.	Ali je kdo v vaši družini imel oz. imate degenerativno možgansko bolezen?	DA	NE
15.	Ali ste bivali v Veliki Britaniji ali na Irskem od 1980 do 1996 skupno več kot 12 mesecev in bili tam operirani ali prejeli transfuzijo krvi?	DA	NE
16.	Ali ste v zadnjih 3 letih potovali v kraje zunaj Slovenije? Kam?	DA	NE
17.	Ali ste kdajkoli uporabljali oz. si vbrizgovali drogo, steroide, hormone?	DA	NE
18.	Ali ste kdajkoli za spolni odnos prejeli plačilo ali drogo?	DA	NE
19.	Ali ste kdajkoli imeli spolne stike z:		
	- osebo, ki si vbrizgava drogo?	DA	NE
	- osebo, ki za splone odnose prejema plačilo ali drogo?	DA	NE
	- osebo, ki je HIV pozitivna in ima virusno zlatenico ali kakršnokoli spolno bolezen?	DA	NE
	- moškim, ki je imel spolne odnose z drugim moškim?	DA	NE
20.	Ali ste v družini oziroma v službi izpostavljeni virusni zlatenici (hepatitisu)?	DA	NE
Odgovornjo samo ŽENSKE:			
21.	Ali ste imeli, ali imate kakršnokoli bolezen rodil oz. ginekološke težave?	DA	NE
22.	Ali ste noseči oz. v zadnjih 12 mesecih bili noseči, rodili, dojili oz. imeli splav?	DA	NE
23.	Ali imate danes menstruacijo?	DA	NE

POVPRAŠEVANJE št.: PO2108-00014

Maribor, dne 08.01.2021

Skladišče: 08 SKLADIŠČE TEH. MATERIALA

Referent:

Poz.	Naziv artikla	Ident	Katalog, proizv.,STM	Em	Količina	Cena brez DDV	Vrednost brez DDV	STM
1	TISKOVINA VPRAŠALNIK ZA KRVODAJALCE	794651		KOS	15.000,000			

PONUDBO ODDATI DO 11.1.2021 DO 12.00 URE NA: peter.leskovar@ukc-mb.si - plačilo 60 dni od prejema računa (9. in 20 člen ZIUFSZZ)

Prosimo, da pri ponudbi upoštevate eventualni rabat in davek na dodano vrednost ter navedete številko povpraševanja.

Hvala in lep pozdrav!

Referent:
Peter Leskovar

Vodja nabave nezdr.mat.:
mag. Boris PETRE